

Выводы.

1. Изучение микробного пейзажа у недоношенных новорожденных с инфекционной патологией показывает, что имеет место преимущественное выявление условно-патогенных микроорганизмов, обладающих высокой резистентностью к антибактериальным препаратам цефалоспоринового ряда, это требует коррекции стартовых схем антибактериальной терапии.

2. Результаты исследования красной крови показали, что концентрация гемоглобина и количество эритроцитов в крови достоверно снижены по сравнению с референтными значениями, при этом анемия средней и тяжелой степени выявлена у 51,4% пациентов.

3. Основными особенностями анемии у недоношенных с инфекционной патологией являются среднетяжелая и тяжелая анемии, развивающиеся на 7 – 15 сутки жизни и имеющие волнообразное течение.

Литература:

1. Муталов, а.г. Динамика нейроиммунологических показателей у новорожденных детей с перинатальными поражениями цнс / а.г. Муталов // материалы viii конгр. Педиатров россии. – м., 2003. – с. 21.

2. Грешилов, а.а. Роль провоспалительных цитокинов в иммунной адаптации новорожденных (литературный обзор) / а.а. Грешилов // роль стационарозамещающих технологий в охране здоровья детей и подростков : материалы науч.-практ. Конф.. – уфа, 2002. – с. 32–37.

3. Малкова, е.м. Внутриутробные инфекции у новорожденных: использование генодиагностики, клинические особенности и подходы к лечению / е.м. Малкова // педиатрия. – 2012. – №2. – с. 36–40.

УДК 618.3

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ АМНИОТИЧЕСКИХ ПЕРЕТЯЖЕК

*Прусакова О.И., Арестова И.М., Семенов Д.М., Дейкало Н.С.,
Дедуль М.И., Руцкая А.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Синдром амниотических перетяжек (амниотические сращения, тяжи Симонара) включает в себя широкий спектр врожденных аномалий, выражающихся в дистальной ампутации конечностей и фаланг пальцев, а также формировании странгуляционных борозд и колец вследствие наличия фиброзных тяжей в амниотической полости [1].

Степень сдавления перетяжками может быть различной. В лёгких случаях нарушается лишь косметический вид конечности, в тяжёлых случаях возникает отёк, застой лимфы, припухлость из-за нарушения кровотока, вплоть до некроза и внутриутробной ампутации части конечности ниже места странгуляции. [2]. Причины развития амниотических перетяжек пока точно не установлены. Существует несколько теорий, объясняющих возникновение этой патологии. Последователи первой теории считают, что амниотические тяжи образуются при микроповреждениях амниона на 4-18 неделях гестации. Сторонники второй теории предполагают, что причиной возникновения амниотических тяжей являются сосудистые нарушения. Последователи третьей теории указывают на возможную связь между синдромом амниотических перетяжек и внутриматочными инфекциями [3]. Основным ультразвуковым проявлением синдрома амниотических тяжей является визуализация тонких нитевидных мембранных тяжей, пересекающих амниотическую полость и прилежащих к поверхности тела плода [1].

Цель исследования: изучить течение беременности и родов у женщин с синдромом амниотических перетяжек.

Материалы и методы исследования: выкипировка данных проводилась на базе «ВОДЦ» и базах роддомов города Витебска. Основную группу составили 14 пациенток с синдромом

амниотических перетяжек. В группу сравнения (контрольную) группу были включены 30 беременных пациенток без данной патологии. Все исследуемые группы проходили стандартное и углубленное исследование согласно протоколам МЗ РБ. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов непараметрического и корреляционного анализа с применением MS Office Excel 2013.

Результаты исследования. Основная группа составила 14 пациенток с синдром амниотических перетяжек, контрольная группа – 30 практически здоровых беременных.

Было выявлено, что средний возраст пациенток в основной группе составляет – 31,4 года, а в контрольной группе – 26,4 года. В основной группе 100% женщин находится в возрастном интервале от 24 до 37 лет. В контрольной группе 9(30%) женщин в возрасте от 19 до 24 лет и 21(70%) женщина в возрасте от 24 до 37 лет. В основной группе первобеременных женщин не было 0 (0%), в контрольной группе 12(40%). Повторнобеременными в основной группе были 14 (100%) женщин, в контрольной группе – 18(60%).

В первом триместре в основной группе угроза прерывания беременности отсутствовала, в контрольной группе диагностирована у 3(10%). У 5(35,71 %) женщин диагностировано ОРВИ, у 1(7,14%) – уреаплазмоз, дрожжевой кольпит. В контрольной группе у 4 (13,3%) – ОРВИ. Во 2-м триместре в основной группе угроза выкидыша диагностирована у 1(7,69%) беременной, угроза преждевременных родов – у 1(7,69%) , ОРВИ – у 2(15,38%), анемия – у 1(7,69%), многоводие – у 1(7,69%), хламидиоз – у 1(7,69%) женщины. В контрольной группе угроза выкидыша диагностирована у 2(6,66%) беременных, угроза преждевременных родов – у 1(3,33%), НМПК – у 1(3,33%), ОРВИ – у 3(10%) беременных. В 3-м триместре в основной группе чаще всего диагностировали угрожающие преждевременные роды, что составило 30,77% (4), анемию легкой степени – у 5(38,46%), ФПН – у 3(23,07%), ХГП – у 2(15,38%) беременных. В то время, как в контрольной группе наиболее часто диагностировали анемию легкой степени – у 7(23,33%) женщин, у 3(10 %) многоводие, ФПН – у 4(13,33%) женщин, ХГП – у 1(3,33%) женщины, угроза преждевременных родов – 1(3,33%) женщина, СЗРП у 2 (6,6%) беременных.

Исходы беременности в основной группе: 1(7,14%) случай – неразвивающаяся беременность в сроке гестации 8-9нед, в 1(7,14%) случае беременность закончилась антенатальной гибелью плода в сроке гестации – 28-29недель (207 дней), роды через естественные родовые пути – 9(64,28%), оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение – 3(21,4%).

Исходы беременности в контрольной группе: роды через естественные родовые пути – 25(83,33%), оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение – у 5(16,66%) женщин. Минимальный вес плода в основной группе составил – 2680 г., в контрольной – 2030 г. Средний вес плода в основной группе составил – 3455 г., в контрольной – 3370 г. В контрольной группе 2 (6,66%) новорожденных находилось в состоянии лёгкой степени тяжести. В то время, как в основной группе все дети входили в оптимальный диапазон шкалы Апгар. В основной группе выписано домой 100%, в контрольной группе – 29 (96,66%). Переведен в детскую больницу в контрольной группе 1 (3,33%) ребёнок. Видимые пороки развития в контрольной группе отсутствуют, в основной – у 1 (8,33%) ребенка (расщелина верхней губы слева).

Выводы.

1. Согласно полученным данным беременных с синдром амниотических перетяжек необходимо отнести к группе риска по невынашиванию: 7,1% – неразвивающаяся беременность, 7,1% – беременность закончилась антенатальной гибелью плода.

2. Беременные с синдром амниотических перетяжек имеют высокий риск по порокам развития плода. Даже при столь небольшой выборке диагностирован 1(8,33%) случай ВПР (расщелина верхней губы слева).

Литература:

1. Синдром амниотических тяжей: клинический случай и обзор литературы / А.В Михайлов [и др.] // Акушерство и гинекология С.-Петербурга. – 2018. – № 3 – С. 20-23/

2. Случай амниотических перетяжек у новорожденного ребенка (синдром Симонарта) / А.А. Лебеденко [и др.] // Мед. вестн. Юга России. – 2019. – Т. 10, № 2. – С. 66-70.

3. Tortayeva, G. Congenital malformations of the fetus: Clinical case from practice / G. Tortayeva, A. Shakirova // Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan – 2017. – № 45. – Suppl 3. – P. 106-108. doi: 10.23950/1812-2892-JCMK-00516

УДК 378.1:615-053.2

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ

Пчельников Ю.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Высокие требования к врачу предусматривают, в частности, недопущение в его деятельности профессиональных ошибок. Конечно, врач не свободен от них, так же как и представители любой другой специальности. Но поскольку врач имеет дело со здоровьем и жизнью людей он несет моральную ответственность, как перед отдельными людьми, так и обществом в целом.

Диагностические ошибки могут являться следствием деонтологического несовершенства врача. Поэтому достаточная деонтологическая подготовленность будущего специалиста будет тем путем (средством), который приведет к уменьшению ошибок.

Известно, что диагностические ошибки, из-за недостатка у врача деонтологических навыков являются довольно обширной группой ошибок. Границы этой группы ошибок до сегодняшнего дня четко не определены и зависят от того, что вкладывается в понятие деонтологии. По мнению корифеев медицины, ученых-философов, практических врачей вопрос ликвидации субъективных ошибок в значительной степени – вопрос деонтологии.

Она в строго специальном смысле – раздел этики, в котором рассматриваются критерии долга и моральные принципы при выполнении профессиональных обязанностей.

Основными категориями деонтологии считаются врачебный долг, врачебная совесть, врачебная ответственность.

По данным литературы деонтологические ошибки, являющиеся причиной неверного диагноза, встречаются, примерно, в 10-11% случаев.

При проведении практических занятий в клинике, как мы говорим у постели больного, особенно при проведении клинических разборов, мы считаем, что преподавателю необходимо постоянно обращать внимание студентов на имеющиеся деонтологические промахи, и отмечать наличие в рассматриваемой проблеме двух сторон.

Во-первых, обращать внимание на умение врача правильно строить свои отношения с больным, с его родителями, с близкими родственниками. Отношения надо строить на принципах доброты милосердия и терпения.

Опросы больных показывают, что они на первое место ставят отзывчивость, тактичность и внимательность со стороны врача. Поэтому необходим тот особый такт, который позволяет даже при несовпадении мнений врача и больного, врача и родителей избегать конфликтных ситуаций, корректировать расхождение взглядов, не допускать перерастания скрытых противоречий в открытые и не доводить их до экстремальной степени. Напряженность ситуации обычно нарастает, когда возникающая острота вовремя не снята, когда конфликт запущен, а возможность его нивелирования упущена. Все это требует от врача хорошо ориентироваться в вопросах деонтологии, обладать особой внутренней культурой, которая позволяет всегда и везде подавлять в себе отрицательные эмоции, подавлять личные тревоги, не допускать раздражительности и срывов. В определенном смысле врача можно уподобить актеру, обязанному перевоплощаться при выходе на сцену вне зависимости от того, что у него на душе.

На занятиях студенты убеждаются, что родители больного и сам пациент могут быть трудны в общении (это может проявиться и в резкости с их стороны, и даже грубости, ребенок может не слушаться, быть не управляемым). Врач никогда не должен отвечать тем же, как бы